

# Focus nr. 31: medische hulp van 2005 tot 2020

Septembre 2022

---

Een publicatie van de:

POD Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding, Sociale Economie en Grootstedenbeleid

Kruidtuinlaan 50 bus 165  
B-1000 Brussel  
+32 2 508 85 85  
[vraag@mi-is.be](mailto:vraag@mi-is.be)  
[www.mi-is.be](http://www.mi-is.be)

Volg ons op



## Colofon

### Redactie

Frédéric Swaelens, Studiedienst

### Verantwoordelijke uitgever

Alexandre Lesiw, Voorzitter POD Maatschappelijke Integratie

### Auteursrechten

De gehele of gedeeltelijke reproductie van de inhoud van dit document in gedrukte vorm, door fotokopieën, in geautomatiseerde gegevensbanken of op enige andere drager is strikt verboden zonder de uitdrukkelijke schriftelijke toestemming van de POD Maatschappelijke Integratie.

### Uitsluiting van de verantwoordelijkheid

De POD Maatschappelijke Integratie wijst elke verantwoordelijkheid af voor eventuele drukfouten, en tikfouten.

## Inhoudsopgave

1. Inleiding .....	3
2. Kerncijfers van de medische hulp .....	5
2.1. Totale medische hulp .....	5
2.2. Andere medische hulp.....	8
Evolutie van de andere medische hulp sinds 2005 .....	9
Andere medische hulp: instroom en uitstroom .....	11
Andere medische hulp: gemiddeld bedrag volgens het soort kosten .....	11
2.3. Dringende medische hulp.....	15
Evolutie van de dringende medische hulp sinds 2005 .....	16
Dringende medische hulp: instroom en uitstroom .....	17
Dringende medische hulp: gemiddeld bedrag volgens het soort kosten .....	18
2.4. Profiel van de begunstigden van medische hulp in 2020.....	20
Geslacht.....	20
Leeftijd.....	21
Geslacht, leeftijd volgens het soort kosten .....	21
Geografische verdeling.....	22

# 1. Inleiding

Naast de financiële hulp die ervoor moet zorgen dat personen in armoede een menswaardig leven moeten kunnen leiden, d.w.z. voorzien in de dagelijkse behoeften, zoals voeding, kleding, huisvesting, ... Moet de medische hulp ervoor zorgen dat zij hun fysieke en gezondheid kunnen behouden. De medische hulp zorgt voor toegang tot de gezondheidszorg, via de betaling van de arts, de kinesist, de tandarts, het ziekenhuis, de apotheek, ...

Vóór elke tenlasteneming zal het OCMW de situatie van de steunaanvrager onderzoeken via een sociaal onderzoek om te bepalen of de persoon over voldoende bestaansmiddelen beschikt.

Het OCMW heeft ook de plicht om na te gaan of de aanvrager is aangesloten bij een ziekenfonds, ofwel als titularis ofwel als persoon ten laste, en of hij of zij in orde is met zijn bijdragen. Is dit niet het geval, is het OCMW verplicht om de aanvrager aan te sluiten bij de instelling van zijn keuze, en, als deze keuze niet wordt gemaakt, bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV). Het OCMW kan ook financiële hulp bieden om de basis- en/of aanvullende bijdragen te dekken.

De federale Staat zal, via de POD MI, residuair tussenkomen. Dit kan ofwel na tussenkomt van alle andere instanties, al naar gelang de bestaansmiddelen van de geholpen personen, in hun gezondheidsuitgaven (medische, farmaceutische en hospitalisatiekosten) of het nu gaat om curatieve of preventieve zorgen en, desgevallend, in hun bijdragen. De POD MI zal de OCMW's of de HZIV via MediPrima terugbetalen. Dit is het systeem voor elektronisch beheer van de medische hulp toegekend door de OCMW's, voor alle gezondheidszorgen met een nomenclatuurcode van het RIZIV.

De tenlasteneming kan op verschillende manieren geactiveerd worden:

1. **Via de medische kaart** die de periode en de voorwaarden bepaalt waaronder de medische hulp kan worden verkregen. Door het afleveren van dit document, verbindt het OCMW zich tegenover de zorgverlener om de kosten van bepaalde medische handelingen ten laste te nemen. De medische kaart biedt aan de zorgverlener, die de beschikkingen ervan naleeft, de waarborg dat hij door het OCMW zal worden betaald voor de zorgen die hij heeft verstrekt. Van zijn kant, hoeft de houder niet telkens voor alle prestaties en geneesmiddelen aan het OCMW de toestemming te vragen.
2. **Via een overeenkomst tussen het OCMW en de zorgverleners:** huisartsen en specialisten; kinesitherapeuten; apothekers, tandartsen, medische huizen, diensten voor geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuizen die met het OCMW samenwerken;
3. **Via een requisitoir:** het betreft een door het OCMW toegekend middel tot tussenkomst waarmee de persoon gratis verzorging kan verkrijgen. Tegelijkertijd heeft de zorgverlener de garantie dat het OCMW de factuur zal betalen.
4. **Via de terugbetaling van geneesmiddelen:** sommige geneesmiddelen kunnen gedeeltelijk worden terugbetaald als een erkend arts ze voorschrijft of als ze in een gemachtigde apotheek werden gekocht.
1. **Als gevolg van een elektronische beslissing via MediPrima:** dit systeem dekt de volledige cyclus van de beslissing tot tenlasteneming van de medische kosten, van de toekenning door het OCMW tot de geautomatiseerde terugbetaling van de zorgverleners door de HZIV<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Voor meer informatie zie <https://www.mi-is.be/nl/tools-ocmw/mediprima>

Er wordt bovendien een onderscheid gemaakt tussen twee soorten medische hulp:

**Dringende medische hulp (DMH):** tussenkomst in de gezondheidskosten van personen die geen geldige verblijfsvergunning (meer) hebben in België en die niet over voldoende bestaansmiddelen beschikken. Zij kunnen enkel aanspraak maken op de zogenoemde "dringende" medische hulp. De dringende medische hulp mag niet verward worden met spoed in medisch en ziekenhuisopzicht: deze hulp bevat verzorging met een curatief, maar ook preventief karakter.

**Andere medische hulp (AMH):** tussenkomst in de gezondheidskosten van personen met een reguliere verblijfsvergunning, die niet over voldoende bestaansmiddelen beschikken en niet zijn aangesloten<sup>2</sup> bij een ziekenfonds, of niet meer in orde zijn met het ziekenfonds, of in orde zijn met het ziekenfonds, maar in dit geval zal de tussenkomst enkel betrekking hebben op het gedeelte remgeld van de verstrekte zorgen in een verzorgingsinstelling.

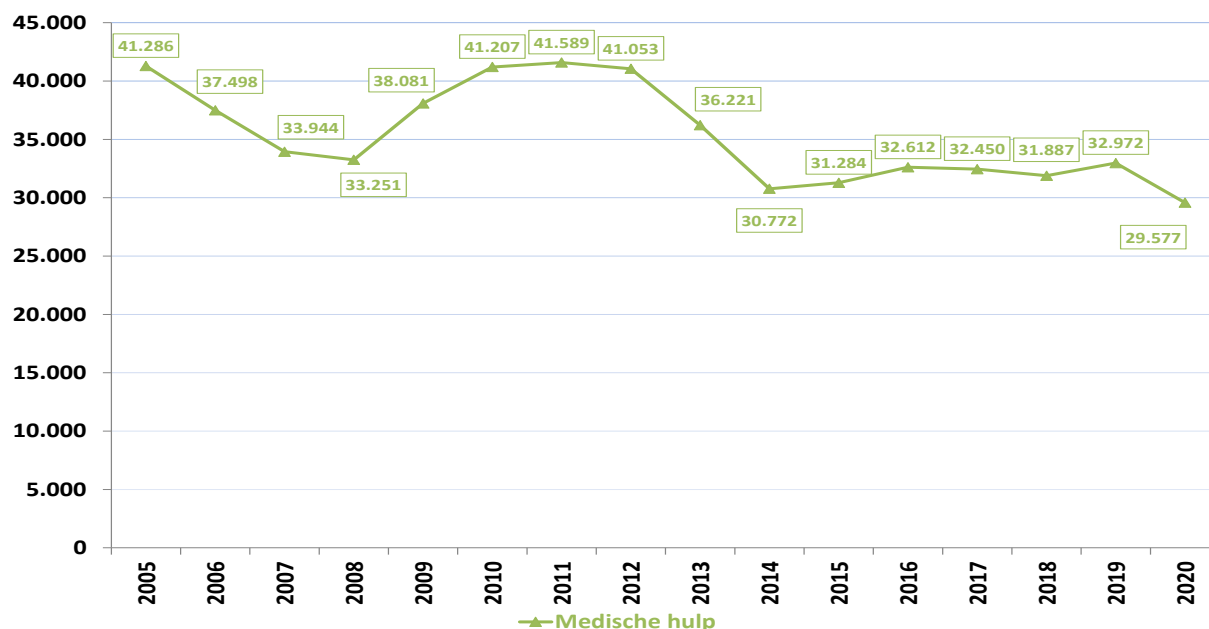
---

<sup>2</sup> Het is niet mogelijk om aan te sluiten bij een ziekenfonds met een verblijfsvergunning van minder dan of gelijk aan 3 maanden.

## 2. Kerncijfers van de medische hulp

### 2.1. Totale medische hulp

Grafiek 1 - Evolutie van het aantal begunstigden van medische hulp 2005 - 2020



Na drie opeenvolgende jaren van daling van 2005 tot 2008, is het jaarlijkse aantal begunstigden van medische hulp opnieuw in stijgende lijn van 2009 tot 2011. Het aantal begunstigden is vervolgens gedaald van 2011 tot 2014 en bereikt zijn laagste niveau. Sindsdien is de tendens stijgend met een belangrijke daling van het aantal begunstigden in 2020. Talrijke factoren, zoals de migratiestromen, de evolutie van het asiel- en migratiebeleid, maar ook de gezondheidscrisis kunnen deze evoluties verklaren (zie hieronder).

Tabel 1: jaarlijks aantal<sup>3</sup> begunstigden van de medische hulp van 2005 tot 2020

Medische hulp	Medische hulp		Dringende medische hulp		Andere medische hulp	
	Jaarlijks aantal begunstigden	Groeipercentage	Jaarlijks aantal begunstigden	Groeipercentage	Jaarlijks aantal begunstigden	Groeipercentage
2005	41.286	-	18.661	-	23.824	-
2006	37.498	- 9,2%	22.470	+20,4%	16.159	- 32,2%
2007	33.944	- 9,5%	21.725	- 3,3%	13.419	- 17,0%
2008	33.251	- 2,0%	21.189	- 2,5%	13.565	+1,1%
2009	38.081	+14,5%	22.285	+5,2%	18.013	+32,8%
2010	41.207	+8,2%	20.333	- 8,8%	23.102	+28,3%
2011	41.589	+0,9%	17.376	- 14,5%	26.062	+12,8%
2012	41.053	- 1,3%	17.233	- 0,8%	25.537	- 2,0%
2013	36.221	- 11,8%	17.753	+3,0%	20.258	- 20,7%
2014	30.772	- 15,0%	18.309	+3,1%	14.696	- 27,5%
2015	31.284	+1,7%	18.837	+2,9%	14.425	- 1,8%
2016	32.612	+4,2%	20.155	+7,0%	14.488	+0,4%
2017	32.450	- 0,5%	21.306	+5,7%	13.024	- 10,1%
2018	31.887	- 1,7%	22.484	+5,5%	10.687	- 17,9%
2019	32.972	+3,4%	23.970	+6,6%	10.085	- 5,6%
2020	29.577	- 10,3%	21.916	- 8,6%	8.665	- 14,1%

<sup>3</sup> Aangezien dezelfde persoon in hetzelfde jaar beide soorten medische hulp kan ontvangen na een verandering van statuut, is de jaarlijkse telling van het aantal begunstigden van een medische hulp dus niet gelijk aan de som van de begunstigden van de dringende medische hulp en de andere medische hulp (dubbels aanwezig).

In 2020 hebben 29.577 personen een terugbetaling genoten uit hoofde van de medische hulp, tegenover 41.589 tijdens de piek van 2011. Het lage aantal begunstigden van zowel de dringende medische hulp als van de andere medische hulp in 2020 moet worden vergeleken met de gezondheidscrisis: enerzijds is het aantal asielaanvragen sterk gedaald als gevolg van de sluiting van de grenzen, anderzijds werd de medische verzorging die niet gerelateerd was aan Covid 19 uitgesteld en dit in het bijzonder tijdens de eerste maanden van de gezondheidscrisis.

Op basis van de cijfers voor het eerste semester van 2021<sup>4</sup> stellen we een stijging van 8,8% vast van het aantal begunstigden van medische hulp. Deze stijging heeft betrekking op zowel de begunstigden van dringende medische hulp, als van diegenen van de andere medische hulp.

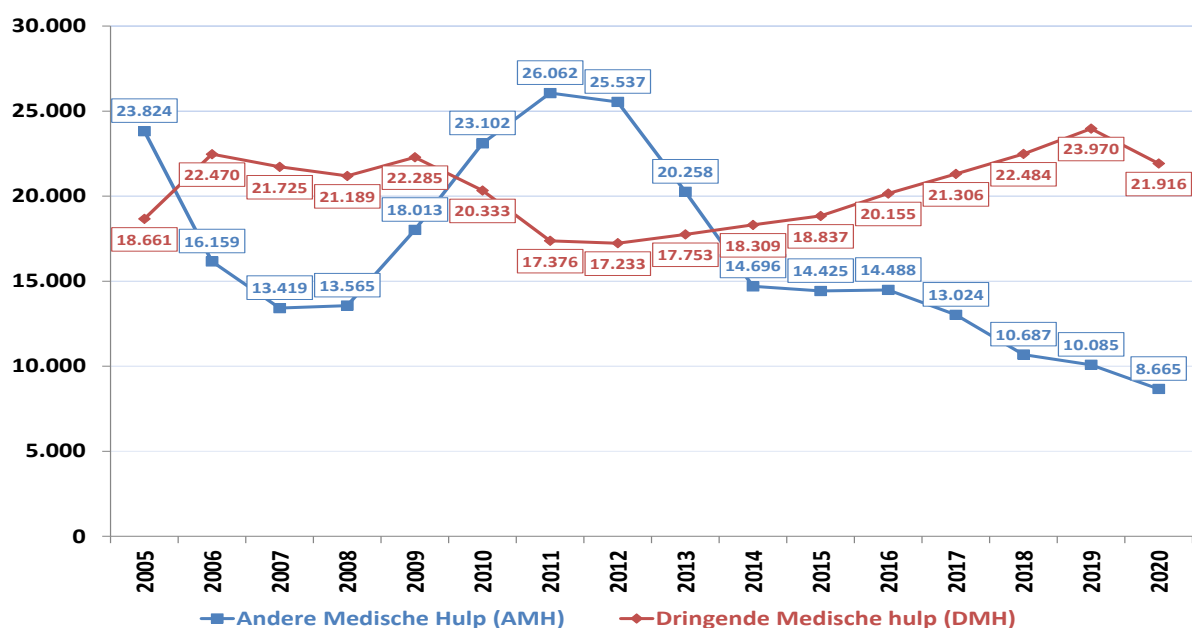
**Tabel 2: begunstigden van medische hulp tijdens het eerste semester van 2021**

Medische hulp	Medische hulp		Dringende medische hulp		Andere medische hulp	
	Jaarlijks aantal begunstigden	Groeipercentage	Jaarlijks aantal begunstigden	Groeipercentage	Jaarlijks aantal begunstigden	Groeipercentage
2021*	23.606	+8,8%	18.289	+10,2%	5.757	4,7%

\* Eerste semester van het jaar. Veranderingspercentages t.o.v. dezelfde periode van het voorgaande jaar.

Zoals onderstaande grafiek aantoont, verschilt de evolutie van het aantal begunstigden van dringende medische hulp van deze van de begunstigden van andere medische hulp.

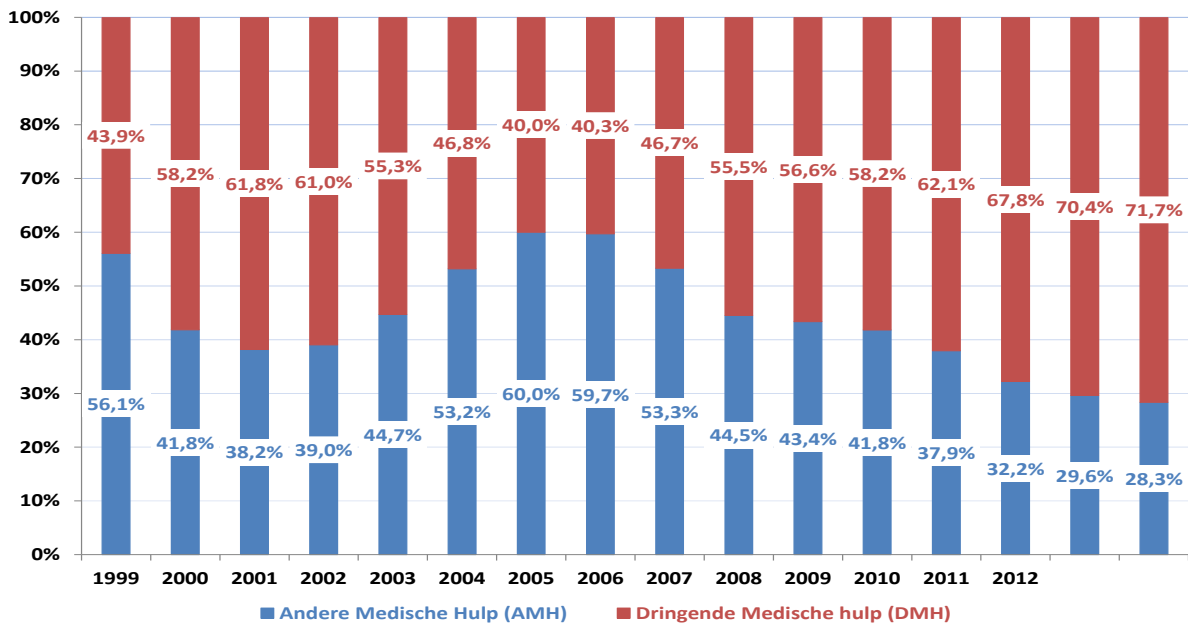
**Grafiek 2: Evolutie van het aantal begunstigden van dringende en van andere medische hulp - 2005-2020**



Op basis van deze verschillende evoluties bereikt het aandeel van de dringende medische hulp in de totale medische hulp in 2020 zijn maximum met 71,7 %, terwijl die slechts 43,9 % bedroeg in 2005.

<sup>4</sup> De cijfers van de medische hulp zijn pas stabiel na 15 maanden daling. Dit is te wijten aan het feit dat de OCMW's over een administratieve periode van 12 tot 15 maanden beschikken om hun terugbetalingsaanvragen in te dienen bij de POD Maatschappelijke Integratie.

Grafiek 3: verdeling van de begunstigden volgens het soort medische hulp - 2005-2020



Het vervolg van het document heeft het over de respectieve evoluties van de twee soorten medische hulp.



## 2.2. Andere medische hulp

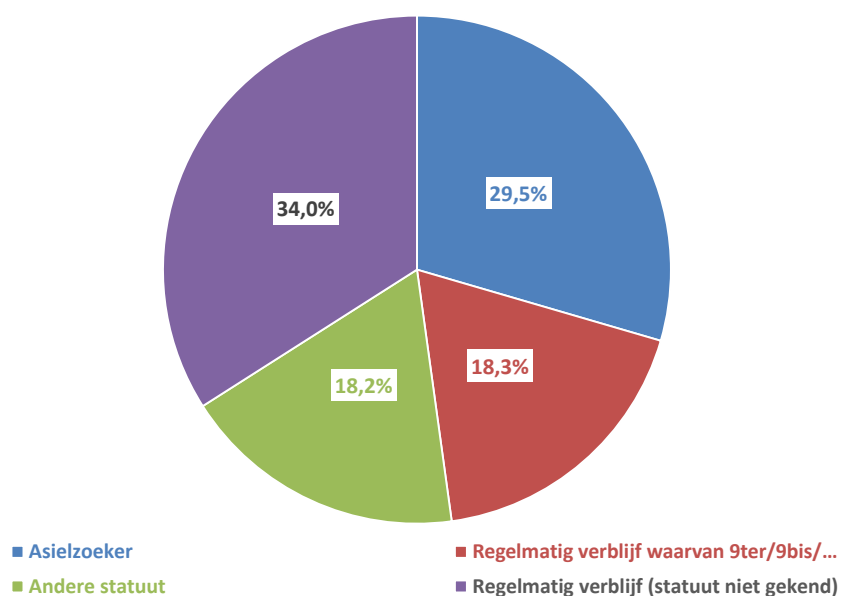
Ter herinnering: andere medische hulp is bestemd voor buitenlandse onderdanen met een reguliere verblijfsvergunning, die behoeftig zijn en niet kunnen worden aangesloten bij een ziekenfonds, maar ook voor behoeftige personen die niet meer in orde zijn met het ziekenfonds, of die in orde zijn met het ziekenfonds, maar in dit geval zal de tussenkomst enkel betrekking hebben op het gedeelte remgeld van de verstrekte zorgen in een verzorgingsinstelling.

Bij de begunstigden van de AMH vinden we hoofdzakelijk asielzoekers terug die verplicht zijn om een opvangcentrum van Fedasil te verlaten, mensen die een regularisatie aanvragen om medische redenen (9ter), die ontvankelijk werd verklaard, mensen die een regularisatie aanvragen om humanitaire redenen (9bis) die als gegrond werd beoordeeld<sup>56</sup>.

Onder de begunstigden van de andere medische hulp vinden we tijdelijke bewoners en buitenlanders op doortocht met een visum; Belgische burgers die niet zijn ingeschreven in het bevolkingsregister, Belgische minderjarigen, ... Deze laatsten worden opgenomen onder “ander statuut” in onderstaande grafiek.

De begunstigden van de andere medische hulp waarvan het gedetailleerde statuut niet gekend is bij de POD MI<sup>7</sup> worden opgenomen onder “regelmatig verblijf - statuut niet gekend”.

*Grafiek 4: verdeling van de AMH volgens het statuut van de begunstigden – 2020*



<sup>5</sup> Artikel 9ter: een aanvraag voor een verblijf van langer dan drie maanden in België kan worden ingediend indien de persoon lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft. De aanvrager moet eveneens aantonen dat hij zich in uitzonderlijke omstandigheden bevindt die hem verhinderen om zijn aanvraag op een normale manier in te dienen: bij de Belgische ambassade in het land van herkomst. Het onderzoek van een aanvraag tot regularisatie gebeurt in twee fasen: een ontvankelijkheidsfase en een fase van onderzoek ten gronde. Het recht op maatschappelijke hulp wordt geopend van zodra de aanvraag ontvankelijk werd verklaard en gedurende de volledige fase van onderzoek ten gronde. Wanneer de aanvraag onontvankelijk of niet gegrond wordt verklaard, zal enkel dringende medische hulp kunnen worden toegekend. Voor meer details over de procedure 9ter. Zie <https://primabook.mi-is.be/nl/regularisatie-van-verblijf/artikel-9ter-regularisatie-van-verblijf-om-medische-redenen>.

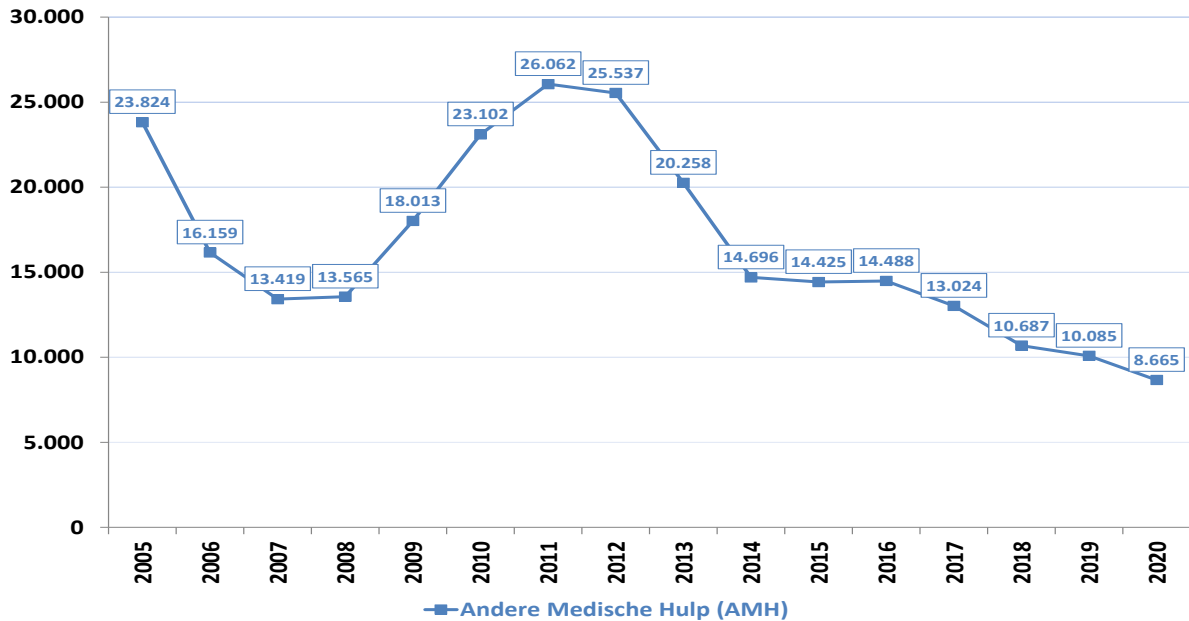
<sup>6</sup> Artikel 9bis: Een aanvraag tot verblijf van meer dan drie maanden om humanitaire redenen kan in België worden ingediend wanneer er uitzonderlijke omstandigheden zijn die het voor de aanvrager onmogelijk of zeer moeilijk maken om terug te keren naar het land van oorsprong. In geval van weigering of tijdens de periode van het onderzoek ten gronde, zal de terugbetaling door de Staat beperkt zijn tot de dringende medische hulp. Zie <https://primabook.mi-is.be/nl/regularisatie-van-verblijf/artikel-9bis-regularisatie-van-het-verblijf-voor-uitzonderlijke-redenen>

<sup>7</sup> MediPrima maakt enkel een onderscheid tussen personen die regelmatig en onregelmatig verblijven. Wanneer een begunstigde van de andere medische hulp trouwens niet gekend is door de POD MI is het niet mogelijk om hem/haar een bijzonder statuut toe te kennen.

## Evolutie van de andere medische hulp sinds 2005

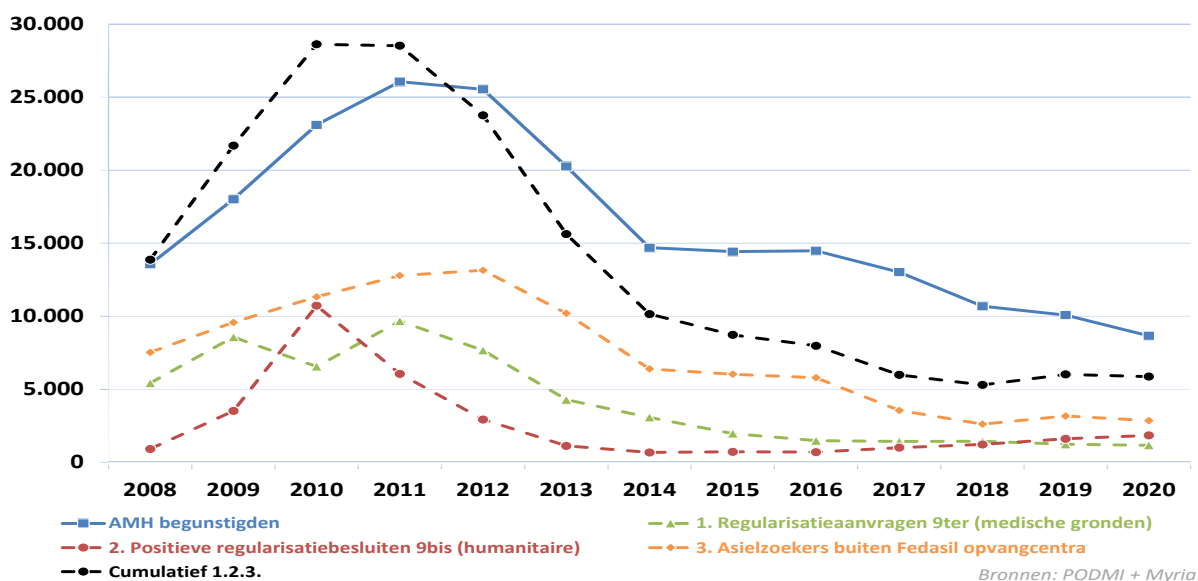
De evolutie van het aantal begunstigden van de andere medische hulp kent verschillende fases sinds 2005: een daling van 2005 tot 2007, een stijging van 2008 tot 2011 en een daling met een bepaalde ontwikkeling van 2012 tot 2020. Op basis van de cijfers voor het eerste semester van 2021 stellen we een lichte stijging<sup>8</sup> vast van het aantal begunstigden van de andere medische hulp.

Grafiek 5: Evolutie van het aantal begunstigden van andere medische hulp 2005 - 2020



Deze schommelingen worden meer bepaald verklaard door migratiestromen, maar ook door de evolutie van het beleid inzake asiel en immigratie.

Grafiek 6: evolutie van het aantal aanvragen 9ter, van positieve beslissingen 9bis<sup>9</sup> en van asielzoekers buiten Fedasilcentra – 2008-2020



Bronnen: PODMI + Myria

<sup>8</sup> Ofwel + 4,7% in vergelijking met hetzelfde semester met een jaar verschil.

<sup>9</sup> Een aanvraag 9ter (dossier) kan betrekking hebben op meerdere personen van eenzelfde familiale cel.

Wat het asiel- en migratiebeleid betreft, merken we een stijging van het aantal positieve regularisatiebesluiten op humanitaire gronden (9bis) in 2009 en 2010 naar aanleiding van een regularisatiecampagne waarbij bepaalde criteria werden versoepeld. Er was ook een sterke daling van het aantal regularisatieaanvragen op medische gronden (9ter) vanaf 2012 na de invoering van de “medische filter”.<sup>10</sup> Het aantal positieve beslissingen 9bis en aanvragen 9ter keren vervolgens geleidelijk terug naar niveaus die vergelijkbaar zijn met die van 2008.

De evolutie van het aantal asielzoekers buiten Fedasil opvangcentra<sup>11</sup> heeft eveneens een invloed gehad, een daling van 2008 tot 2012 en een stijging van 2013 tot 2020 van het aantal begunstigden van andere medische hulp. De hervorming van het recht op gezinshereniging in 2011, in die zin dat de voorwaarden voor toegang tot het grondgebied zijn aangescherpt, kan ook worden aangehaald als een factor die de daling van het aantal begunstigden van de andere medische hulp vanaf 2012 verklaart.

Naast deze verklarende factoren zijn er transfers van begunstigden van dringende medische hulp naar andere medische hulp: in 2020 behoorde slechts 17,4% van de begunstigden die eerder dringende medische hulp hadden ontvangen, tot degenen die andere medische hulp ontvingen.

Samen dragen deze ontwikkelingen bij tot de evolutie van het aantal begunstigden van andere medische hulp.

Het is echter moeilijk om het precieze effect van elk van deze trends op het aantal begunstigden van andere medische hulp te beoordelen, omdat er geen kruiscontroles tussen de gegevensbronnen plaatsvinden en ook omdat er verschillen kunnen bestaan tussen het jaar van de aanvraag en het jaar van het besluit tot regularisatie of toekenning van de internationale beschermingsstatus. De in de loop van een jaar genomen besluiten kunnen immers betrekking hebben op in voorgaande jaren ingediende aanvragen.

Om de evolutie van de andere medische hulp te interpreteren, kan het echter ook nuttig zijn de evolutie van de in- en uitstroom van begunstigden te observeren.

---

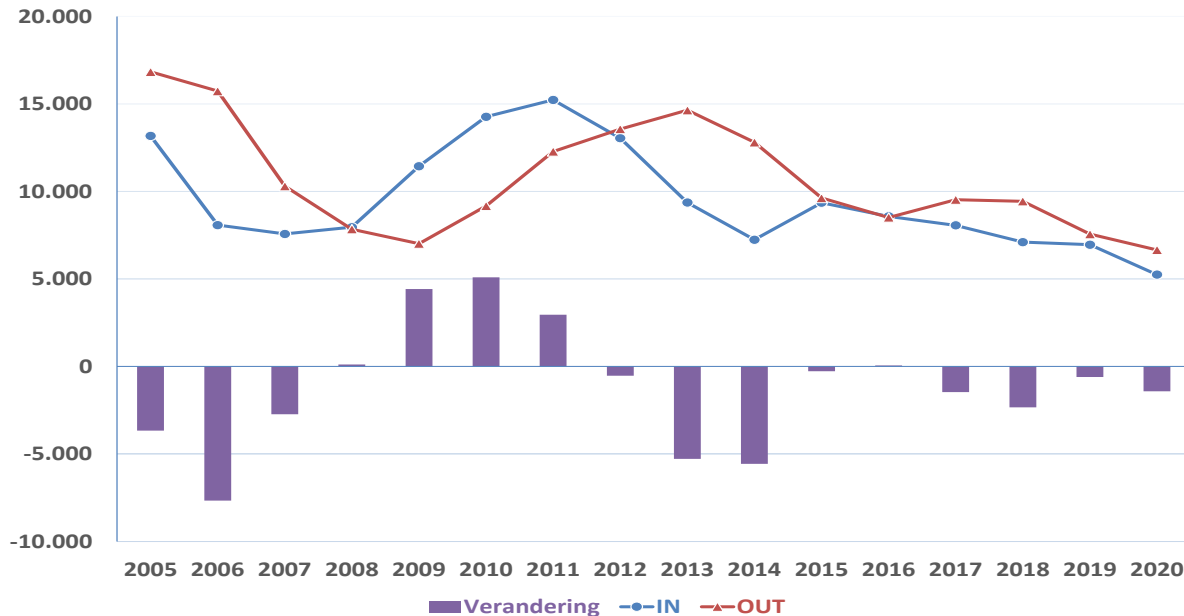
<sup>10</sup> Invoering van een fase van “medische ontvankelijkheid” of “medische filter” in de procedure 9bis: om de aanvraag succesvol door de proef van de medische filter te loodsen, moet de adviserende arts een advies uitbrengen waaruit blijkt dat de ziekte van de aanvrager een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft.

<sup>11</sup> Sinds 2007 worden de asielzoekers, in een “normale” toestand opgevangen in de opvangcentra Fedasil of kleine structuren die integraal gefinancierd worden door de federale Staat. De hulp die zij ontvangen is materieel. Wanneer dit opvangnetwerk oververzadigd raakt, voorzagt de wet van 2007 erin om deze materiële hulp te laten “omslaan” naar het recht op maatschappelijke hulp.

## Andere medische hulp: instroom en uitstroom

Een eerste vaststelling is dat de schommelingen van zowel de instroom, als de uitstroom groot zijn in omvang. Voor het jaar 2020 was er 52 % instroom voor 66 % uitstroom<sup>12</sup>, ofwel een daling van - 14 %.

Grafiek 7 - Instroom en uitstroom van begunstigden van andere medische hulp - 2005 -2020



De daling van het aantal begunstigden van de andere medische hulp sinds 2012 wordt verklaard door de over het algemeen hogere uitstroom dan instroom, met uitzondering van de jaren 2014 en 2015. Dit wordt verklaard door een uitstroomvolume dat gelijk is aan het aantal instromers.

Terwijl de dynamiek van de inkomende stromen kan worden verklaard door de evoluties van de aanvragen tot regularisatie 9ter, van de positieve beslissingen 9bis, het verlaten van het opvangcentrum Fedasil en de andere bovengenoemde factoren, houdt de dynamiek van de uitgaande stromen meer dan waarschijnlijk verband met de capaciteit van de betrokken personen om uit een situatie van behoefte aan medische bijstand te geraken, maar ook het feit dat zij het grondgebied verlaten.

We merken ook op dat het aantal begunstigden in 2020 neerwaarts is beïnvloed door de gezondheids crisis. Zoals eerder vermeld, was er op het hoogtepunt van de coronavirusgolven inderdaad sprake van uitstel van medische zorg die geen verband hield met Covid 19.

## Andere medische hulp: gemiddeld bedrag volgens het soort kosten

De andere medische hulp dekt zowel de medische en farmaceutische kosten, al dan niet ambulante, als de hospitalisatiekosten.

In grote lijnen kunnen we drie soorten kosten onderscheiden:

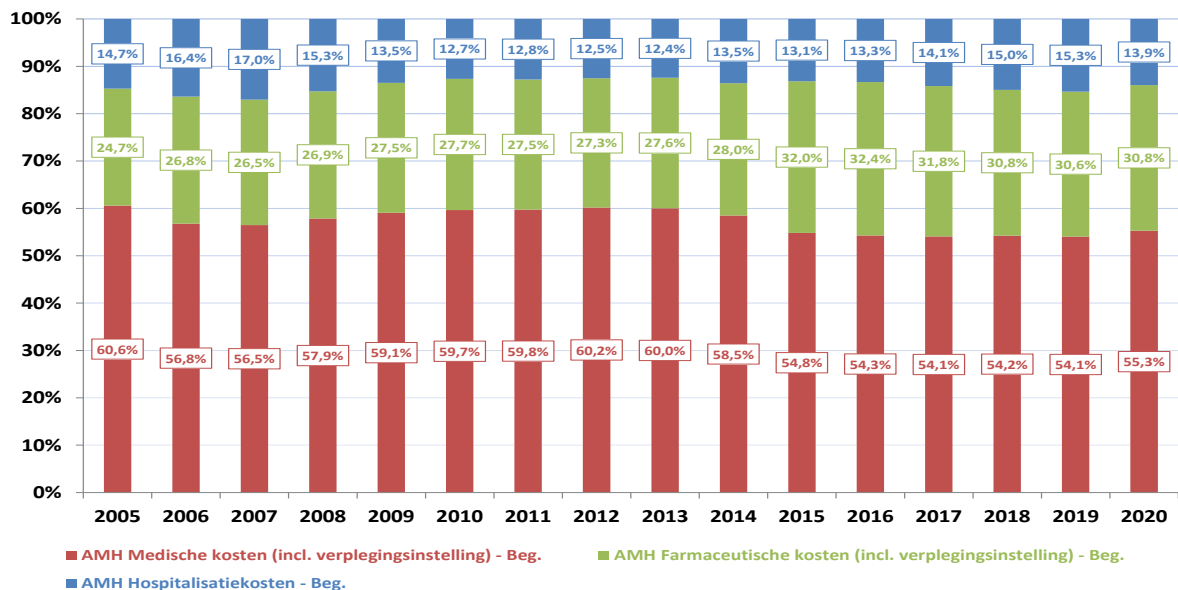
- Medische kosten, hieronder moet worden verstaan de kosten betaald voor de medische prestaties (bijvoorbeeld de raadpleging van een arts of laboratoriumonderzoeken).
- Farmaceutische kosten, hieronder moet worden verstaan de apotheekkosten.
- **Hospitalisatiekosten**, hieronder moet worden verstaan de kosten betaald aan een verzorgingsinstelling bij een verblijf van meerdere dagen in het ziekenhuis (dus met overnachting). Opmerking: daghospitalisatie maakt dus geen deel uit van deze categorie.

<sup>12</sup> De stromen worden uitgedrukt in percentage van het aantal begunstigden van het vorige jaar.

Onder ambulante zorgen verleend in een verzorgingsinstelling moet verstaan worden de medische en farmaceutische kosten betaald aan de verzorgingsinstelling tijdens een verblijf of een raadpleging in het ziekenhuis zonder overnachting (een daghospitalisatie maakt dus deel uit van deze categorie).

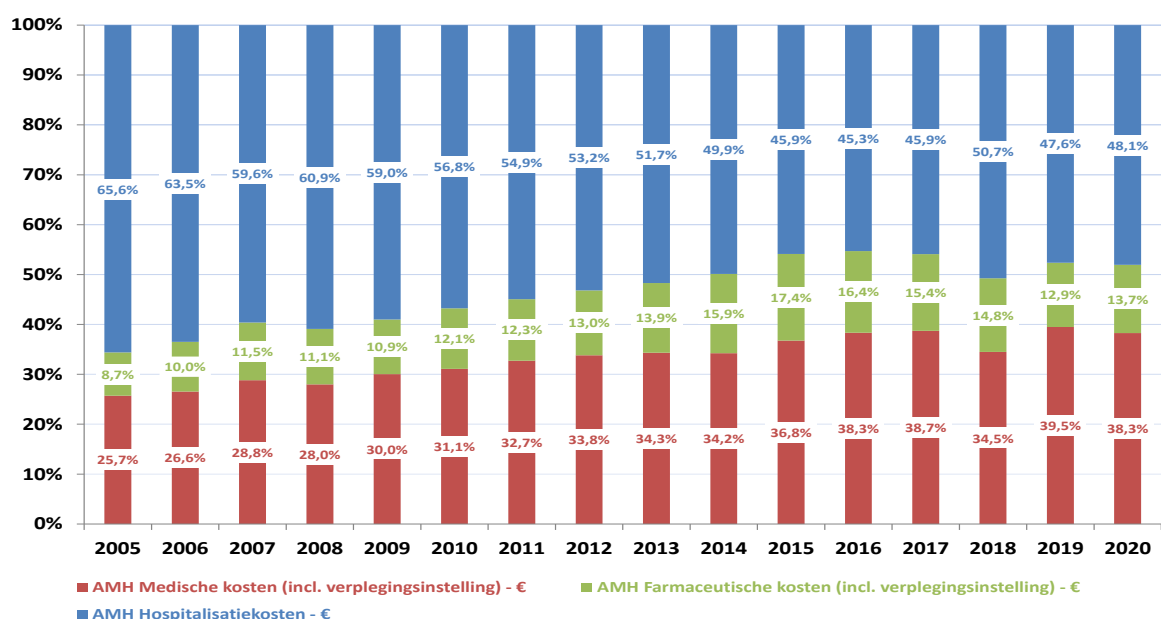
We merken een hoog aantal begunstigden op die een tussenkomst hebben ontvangen in de medische kosten. Daarna volgen de begunstigden van farmaceutische kosten. Het aantal begunstigden van hospitalisatiekosten is relatief laag en stabiel over de periode die in aanmerking wordt genomen.

**Grafiek 8: verdeling van de begunstigden van de andere medische hulp volgens het soort kosten - 2005-2020**



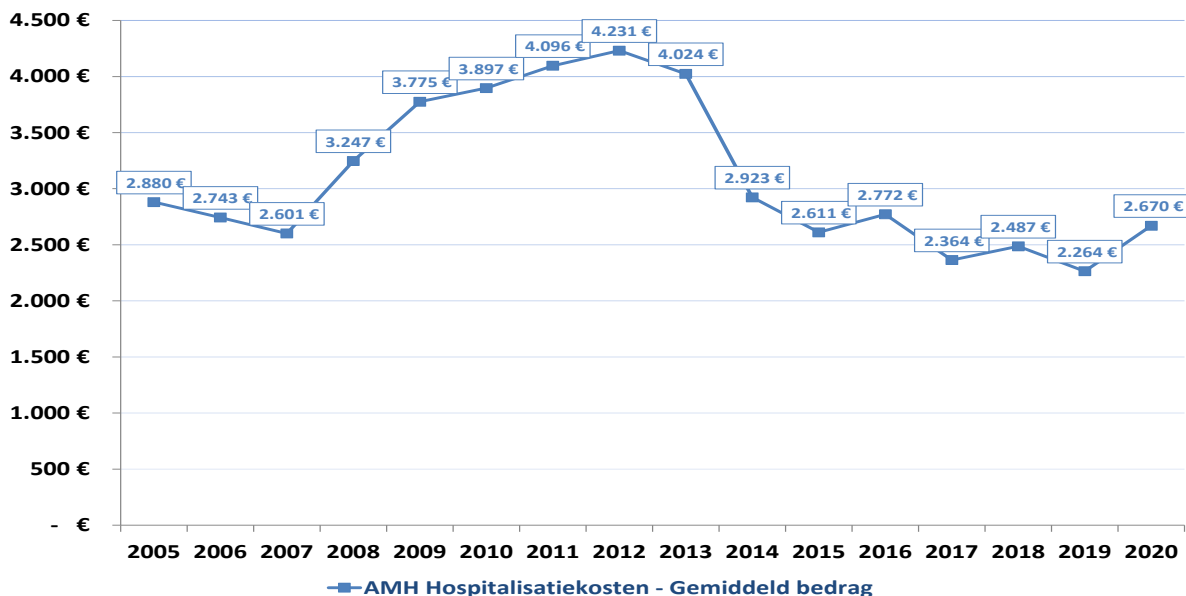
Wat de uitgaven betreft, zijn het de hospitalisatiekosten die veruit het zwaarste doorwegen, hoewel hun aandeel in het totaal daalt over de periode die in aanmerking wordt genomen. Gevolgd door de medische kosten, terwijl de farmaceutische kosten er een relatief aandeel in vormen.

**Grafiek 9: verdeling van de terugbetaalde bedragen aan de andere medische hulp volgens het soort kosten - 2005-2020**



De volgende grafieken tonen de evoluties van de gemiddelde terugbetaalde bedragen volgens het soort kosten. Met uitzondering van de hospitalisatiekosten zijn deze gemiddelde bedragen tegelijk gebaseerd op de individuen en de belangrijkste begunstigden<sup>13</sup>, zij kunnen niet beschouwd worden als een kost per hoofd. De evolutie hiervan zal dus verklaard worden in de volgende grafieken.

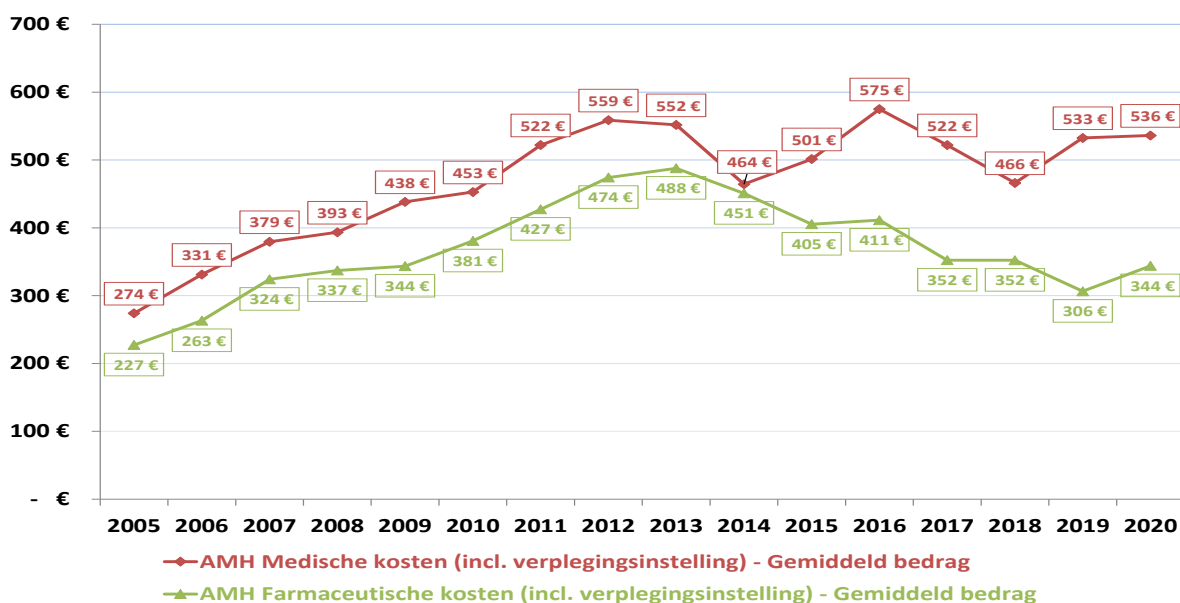
**Grafiek 10: gemiddeld terugbetaald bedrag – Hospitalisatiekosten - AMH 2005-2020**



Het gemiddelde terugbetaalde bedrag voor ziekenhuiskosten steeg van 2008 tot 2012 en daalde licht in 2013. Vervolgens daalde het sterk in 2014. Deze daling kan worden vergeleken met de invoering van MediPrima, dat via de HZIV een striktere verdeling van de factuurbedragen van zorginstellingen tussen ziekenhuiskosten, medische kosten en farmaceutische kosten mogelijk heeft gemaakt.

Sinds 2015 is het gemiddelde bedrag van de ziekenhuiskosten gestabiliseerd. Het vertoont een licht dalende trend ondanks een stijging in 2020 die in verband kan worden gebracht met de gezondheids crisis en het uitstel van niet-dringende gezondheidszorg.

**Grafiek 11: gemiddeld terugbetaald bedrag - Medische en farmaceutische kosten - AMH 2005-2020**

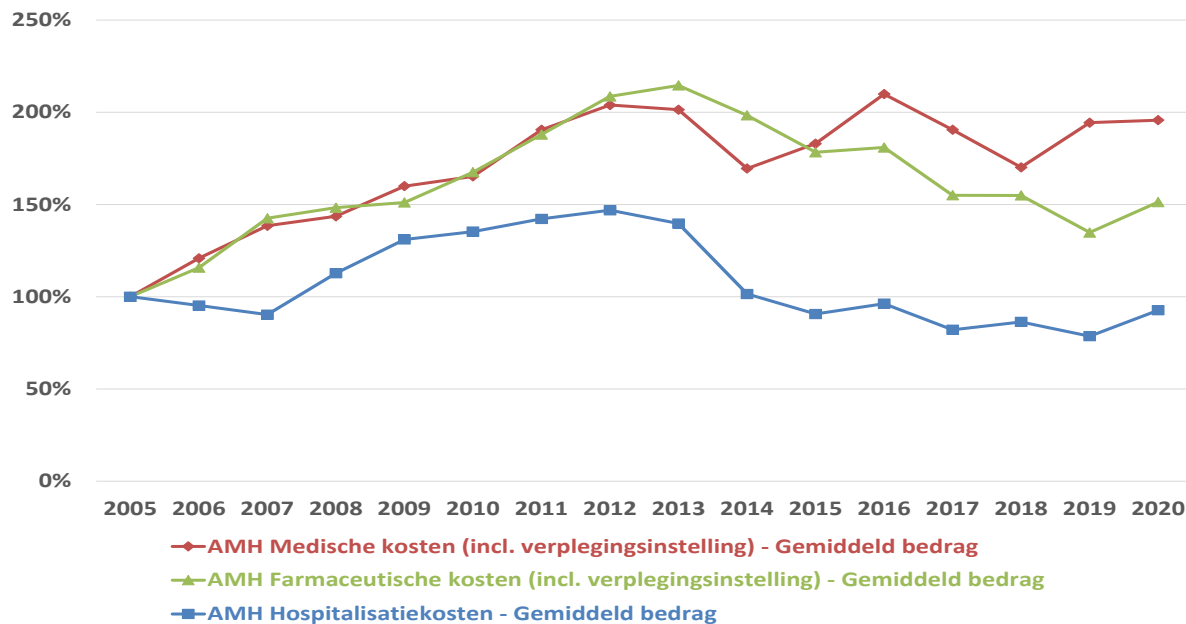


<sup>13</sup> De hoofdbegunstigde opent het recht voor alle leden van eenzelfde gezin.

Na een periode van voortdurende stijging, is het gemiddeld bedrag van de medische kosten eveneens gedaald in 2014 om vervolgens zowel naar boven, als naar beneden te evolueren. Het gemiddelde bedrag van de farmaceutische kosten vertoonde sinds 2014 een dalende trend met een lichte stijging in 2020.

Als we kijken naar de evolutie van de gemiddelde bedragen, met 2005 als basis, zien we dat de gemiddelde bedragen voor medische en farmaceutische kosten tot 2013 sneller zijn geëvolueerd dan die van de hospitalisaties. Zij zijn meer dan verdubbeld, terwijl het gemiddelde bedrag van de hospitalisaties met een factor 1,5 is gestegen.

**Grafiek 12: index van de evolutie (jaar 2005 = 100) van de gemiddelde bedragen volgens het soort kosten - AMH 2005-2020**



Na de vertraging van 2014 blijven de gemiddelde bedragen zowel naar boven als naar beneden gaan voor medische kosten, maar vertragen ze voor farmaceutische kosten en dalen ze voor de hospitalisaties.

## 2.3. Dringende medische hulp

***Iedere onwettig verblijvende persoon die niet over de financiële middelen beschikt om zelf zijn medische kosten te betalen kan het OCMW van zijn verblijfplaats verzoeken om deze kosten ten laste te nemen.***

De dringende medische hulp is een hulp in de vorm van een financiële tussenkomst van het OCMW in de medische, farmaceutische of hospitalisatiekosten. Deze financiële hulp wordt niet rechtstreeks aan de persoon uitgekeerd. Net zoals voor de gewone medische hulp, dekt de dringende medische hulp de medische kosten, ambulante of niet, de farmaceutische kosten, de ziekenhuiskosten.

De naam laat vermoeden dat het gaat om dringende hulp (bijvoorbeeld na een ongeval of als gevolg van ziekte), maar dit gaat verder dan de dringendheid in strikte zin en kan ook betrekking hebben op een medisch onderzoek, kinesitherapie of een gewone raadpleging van de huisarts. De dringende medische hulp kan dus zowel preventieve als curatieve zorgverlening dekken.

De dringendheid van de medische hulp wordt uitsluitend bepaald door een arts, en niet door de patiënt noch door het OCMW. De betrokken persoon moet evenwel vooraf het akkoord van verbintenis tot betaling van het OCMW van zijn gebruikelijke verblijfplaats ontvangen, tenzij de omstandigheden van dien aard zijn dat zij het voorafgaand verzoek onmogelijk maken.

Om aanspraak te kunnen maken op de dringende medische hulp, moet de geholpen persoon voldoen aan de volgende voorwaarden:

1. **Onwettig in België verblijven:** de buitenlandse persoon beschikt niet of niet meer over een verblijfsrecht in België. Het kan gaan om afgewezen asielzoekers of personen van wie de regularisatie is afgewezen, buitenlandse studenten zonder papieren of zelfs illegale immigranten.
2. **Behoeftig zijn:** het bevoegde OCMW stelt, via sociaal onderzoek, de staat van behoefte vast op basis van de beschikbare middelen en de bestaande lasten.
3. **Een attest hebben** dat de nood aan medische/farmaceutische verzorging aantoont.

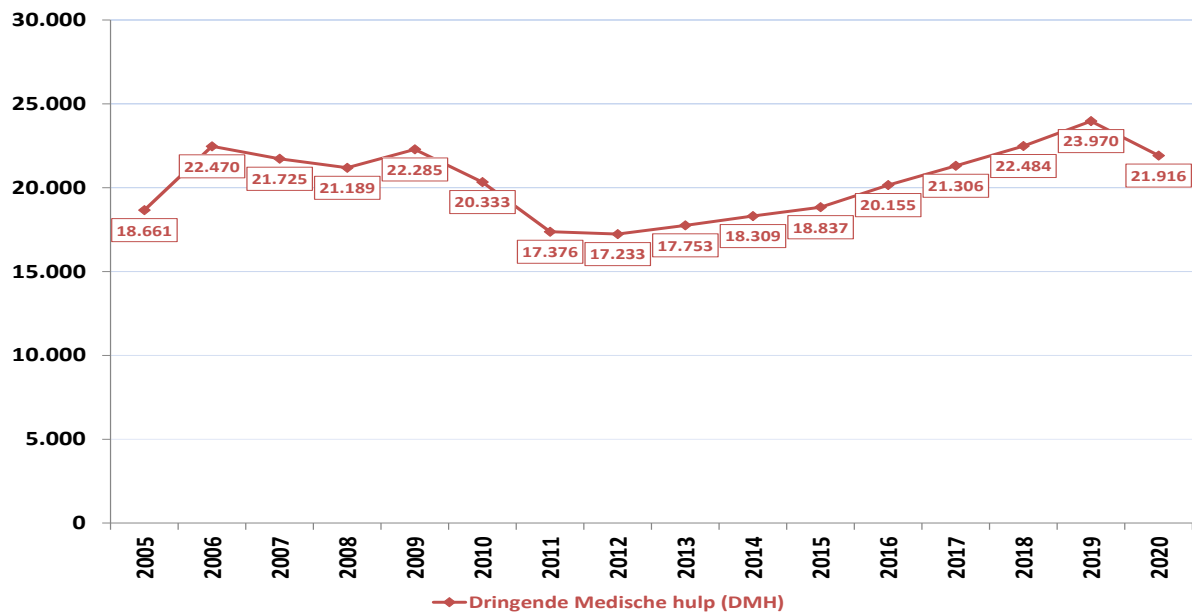


## Evolutie van de dringende medische hulp sinds 2005

Na een omgekeerde evolutie dan die van de andere medische hulp van 2005 tot 2011, is het jaarlijkse aantal begunstigden van de dringende medische hulp opnieuw in stijgende lijn van 2012 tot 2019. Dit aantal heeft vervolgens een sterke daling gekend in 2020.

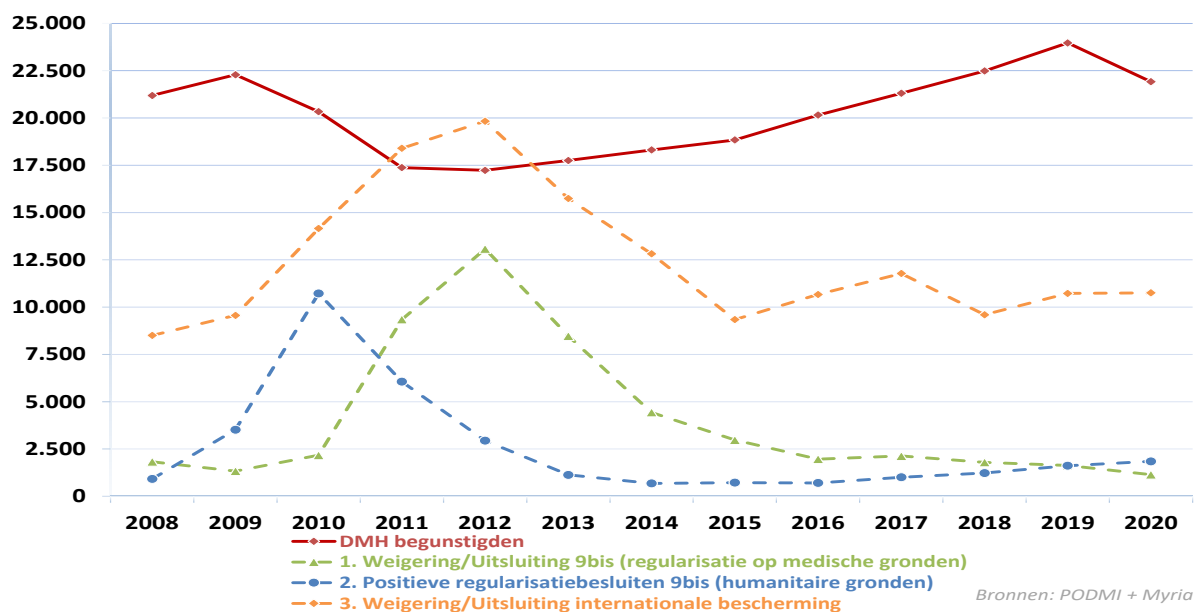
In 2020 hebben 21.916 personen dringende medische hulp ontvangen, tegenover 17.233 tijdens het dal? van 2012. Op basis van de cijfers voor het eerste semester van 2021 stellen we een nieuwe stijging<sup>14</sup> vast van het aantal begunstigden van de dringende medische hulp.

**Grafiek 13: Evolutie van het aantal begunstigden van een dringende medische hulp – 2005-2020**



Net zoals de andere medische hulp is de evolutie van het aantal begunstigden van dringende medische hulp afhankelijk van verschillende factoren.

**Grafiek 14: evolutie van het aantal positieve beslissingen 9bis, weigeringen 9ter en weigeringen tot internationale bescherming – 2008-2020**



Bronnen: PODMI + Myria

<sup>14</sup> Ofwel + 10,2% in vergelijking met hetzelfde semester met een jaar verschil.

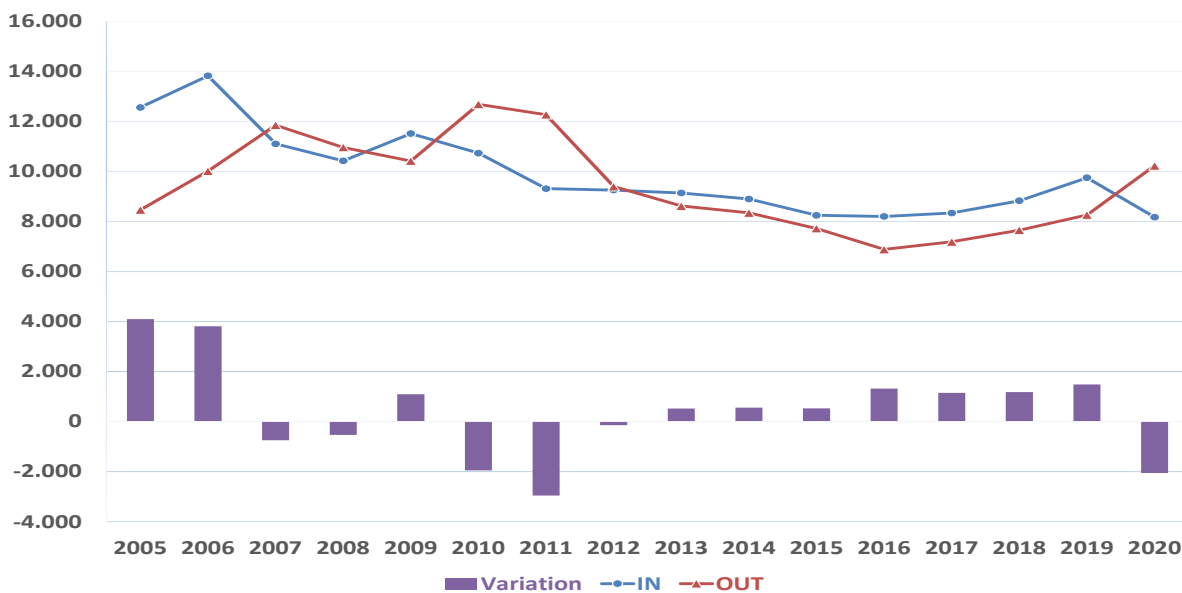
Hoewel men natuurlijk een verband zou verwachten tussen het aantal begunstigden van dringende medische hulp en het aantal weigeringen tot regularisatie op medische gronden, het aantal positieve beslissingen over humanitaire regularisaties (een omgekeerd verband voor zover het recht op de andere medische hulp voor deze begunstigden wordt opengesteld) of het aantal personen aan wie internationale bescherming wordt geweigerd, is het duidelijk dat dit niet uit de cijfers blijkt.

Bovendien behoorde in 2020 slechts 19,4% van de begunstigden die eerder andere medische hulp hadden ontvangen, tot degenen die dringende medische hulp ontvingen. De begunstigden van de dringende medische hulp zijn dus niet gewoonlijk vroegere begunstigden van andere medische hulp.

Dit is een dieper en structureel verschijnsel dat moeilijk te vatten is gezien het gebrek aan gegevens over mensen voordat zij dringende medische hulp zoeken. In feite zijn sommige van de begunstigden van dringende medische hulp waarschijnlijk mensen wier verzoek om internationale bescherming of regularisatie is afgewezen, maar ook illegale immigranten of mensen op doorreis die nooit aanvragen tot internationale bescherming of regularisatie hebben ingediend, en bij gebrek aan een regularisatiecampagne neemt hun aantal toe als gevolg van het accumulatie-effect.

### Dringende medische hulp: instroom en uitstroom

Grafiek 15 - Instroom en uitstroom van begunstigden van dringende medische hulp - 2005 -2020



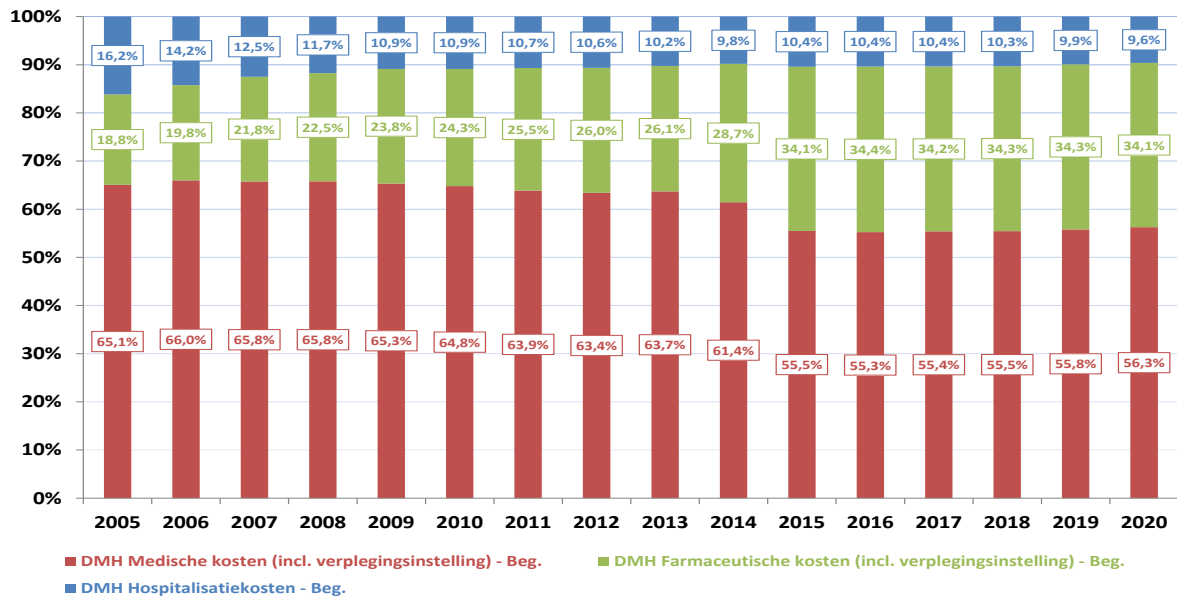
In vergelijking met de andere medische hulp is de in- en uitstroom van de dringende medische hulp over het algemeen kleiner. In 2020 was er 34 % instroom voor 43 % uitstroom, ofwel een daling van 9 %.

Na een meer uitgesproken daling van de instroom van 2005 tot 2007 en een stijging van de uitstroom van 2009 tot 2011 evolueren de instroom en de uitstroom met een bepaalde tendens naar beneden met een instroom die regelmatig hoger is dan de uitstroom, behalve in 2020. Deze ontwikkelingen verklaren de gestage groei van het aantal begunstigden van dringende medische hulp en wijzen op een verschijnsel dat meer structureel dan conjunctureel is.

Zoals hierboven vermeld, is dit verschijnsel moeilijk te interpreteren omdat het vaak gaat om mensen die buiten de administratieve radar vallen en die voorheen niet noodzakelijk andere medische hulp hebben ontvangen.

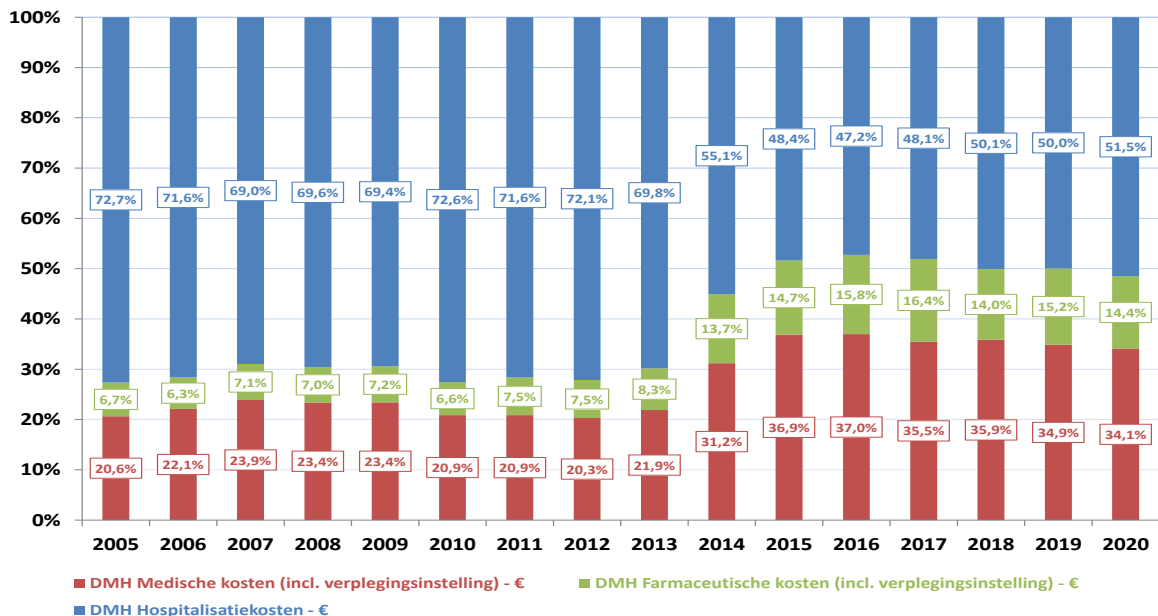
## Dringende medische hulp: gemiddeld bedrag volgens het soort kosten

Grafiek 16: verdeling van de begunstigen van de dringende medische hulp volgens het soort kosten - 2005-2020



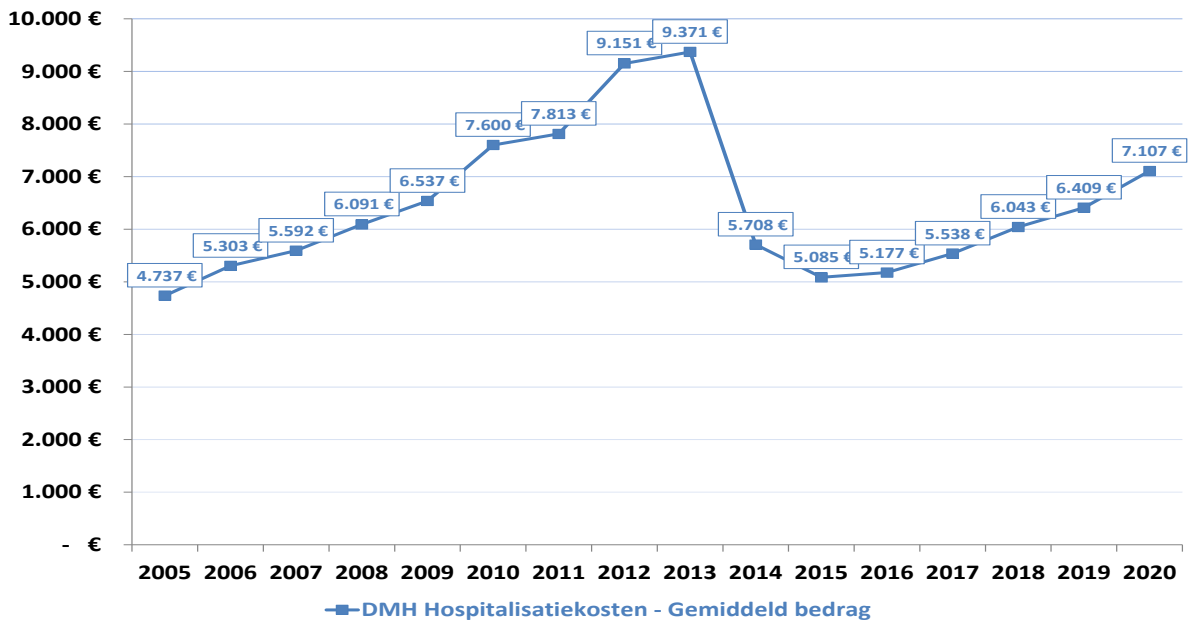
Zoals bij andere medische hulp is het aandeel van de begunstigen van ziekenhuiskosten laag, terwijl de relatieve bedragen hoog zijn.

Grafiek 17: verdeling van de terugbetaalde bedragen aan de dringende medische hulp volgens het soort kosten - 2005-2020



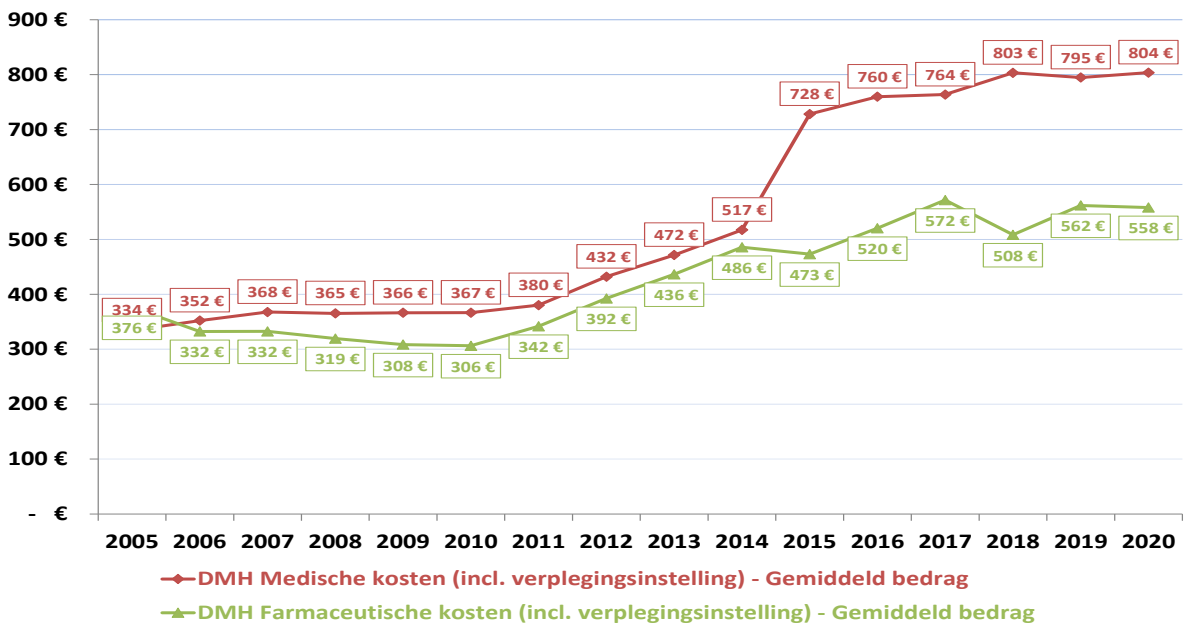
De gemiddelde bedragen voor dringende medische hulp evolueren nagenoeg op dezelfde wijze als die voor de andere medische hulp, ongeacht het soort kosten, ook al zijn ze over het algemeen hoger. De Staat vergoedt namelijk de volledige kosten van de gezondheidszorg voor begunstigen van dringende medische hulp volgens de RIZIV-nomenclatuur, wat doorgaans niet het geval is voor de gezondheidszorg van begunstigen van andere medische hulp.

**Grafiek 18: evolutie van het gemiddeld terugbetaald bedrag in hospitalisatiekosten - DMH 2005-2020**



Een andere verklaring voor de hogere gemiddelde kosten is dat begunstigden van dringende medische hulp over het algemeen later dan begunstigden van andere medische hulp een beroep doen op gezondheidszorg en voor ernstigere en dus duurdere aandoeningen.

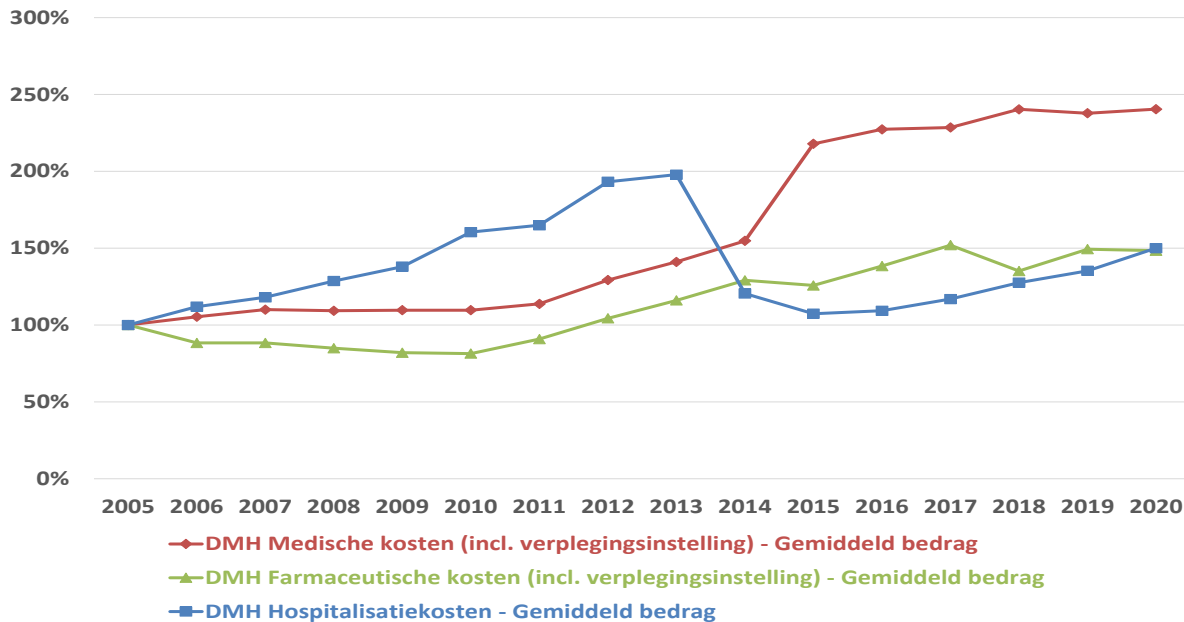
**Grafiek 19: evolutie van het gemiddeld terugbetaald bedrag in medische en farmaceutische kosten - DMH 2005-2020**



Uit de onderstaande grafiek blijkt dat het gemiddelde bedrag dat werd terugbetaald voor hospitalisatiekosten tot 2013 sneller evolueerde dan voor medische en farmaceutische kosten: het verdubbelde bijna, terwijl de medische en farmaceutische kosten respectievelijk met een factor 1,6 en 1,2 toenamen. Na de sterke daling in 2014 is het gemiddelde bedrag dat wordt terugbetaald voor hospitalisatie gestegen, maar minder snel dan voor medische kosten.

Zoals hierboven vermeld zorgt de invoering van MediPrima ervoor dat via de HZIV een striktere verdeling van de factuurbedragen van zorginstellingen tussen ziekenhuiskosten, medische kosten en farmaceutische kosten mogelijk is.

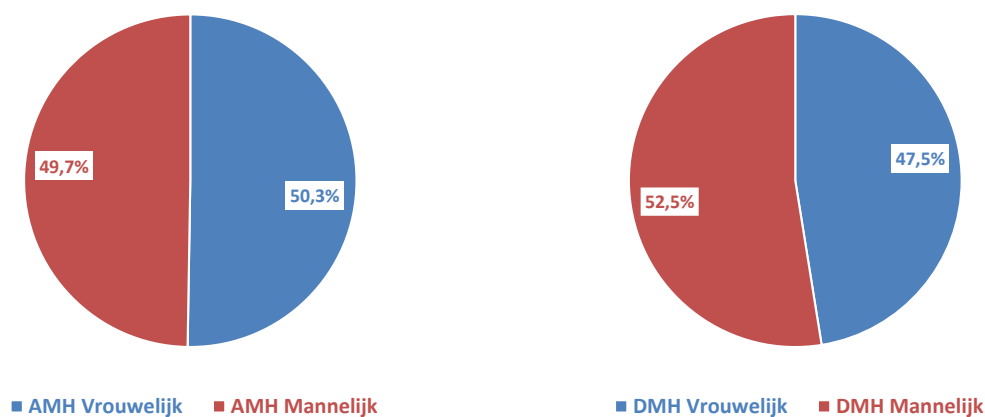
**Grafiek 20: Index van de evolutie (jaar 2005 = 100) van de gemiddelde bedragen volgens het soort kosten - DMH 2005-2020**



## 2.4. Profiel van de begunstigden van medische hulp in 2020

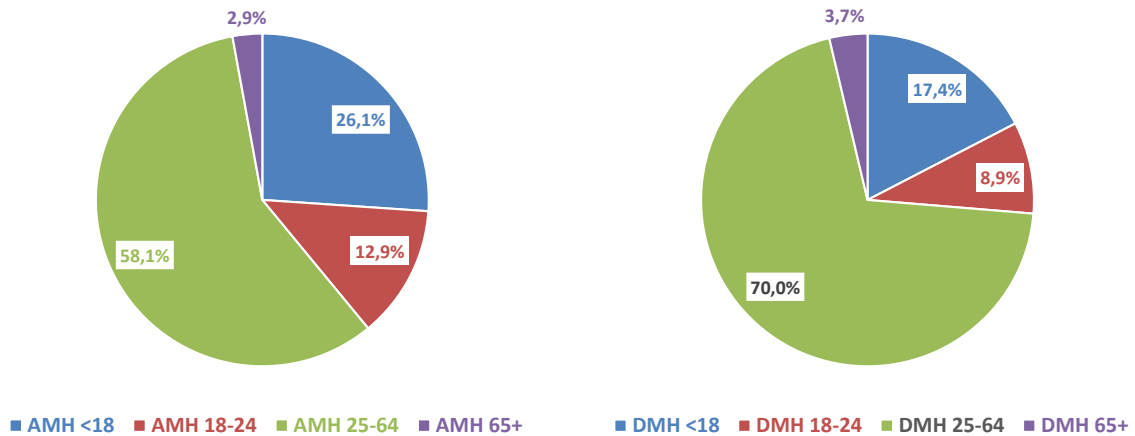
De onderstaande profielen hebben betrekking op begunstigden van tussenkomsten in zorginstellingen en niet op degenen buiten de zorginstellingen. Terwijl de telling van de eerste betrekking heeft op patiënten, heeft die van de tweede betrekking op de hoofdbegunstigden binnen de gezinnen, wat de werkelijkheid waarschijnlijk vertekent.

### Geslacht



Hoewel in 2020 49,2% van de bevolking van het land mannelijk was en 50,8% vrouwelijk, is er een groter aandeel mannen onder de begunstigden van dringende medische hulp.

## Leeftijd

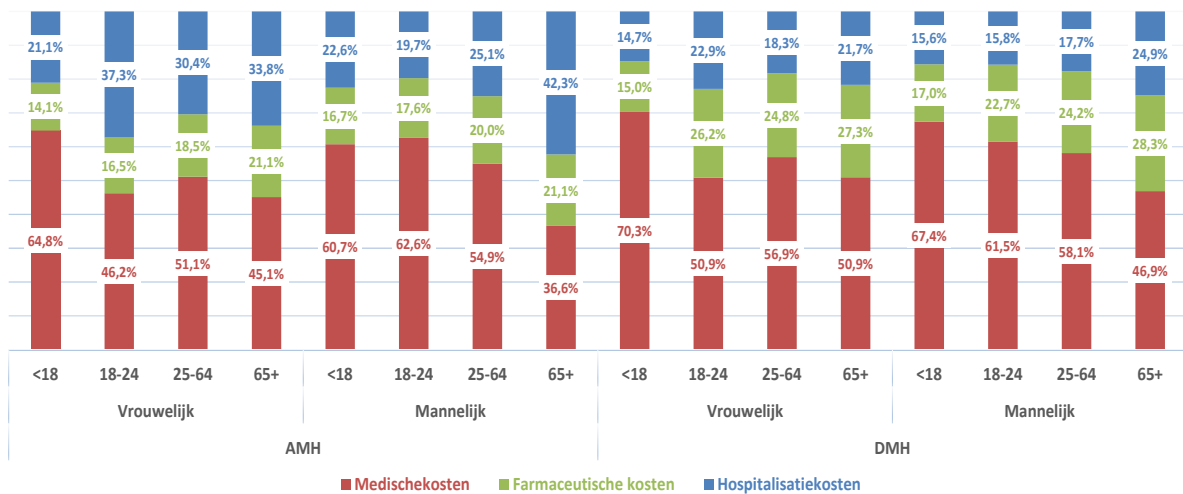


Hoewel België in 2020 28,2% van de jongeren telde, was het aandeel jongeren onder de 25 jaar lager bij de begunstigden van dringende medische hulp. Anderzijds waren er relatief meer 25-64-jarigen onder de begunstigden van dringende medische hulp en andere medische hulp dan onder de Belgische bevolking (52,6%).

## Geslacht, leeftijd volgens het soort kosten

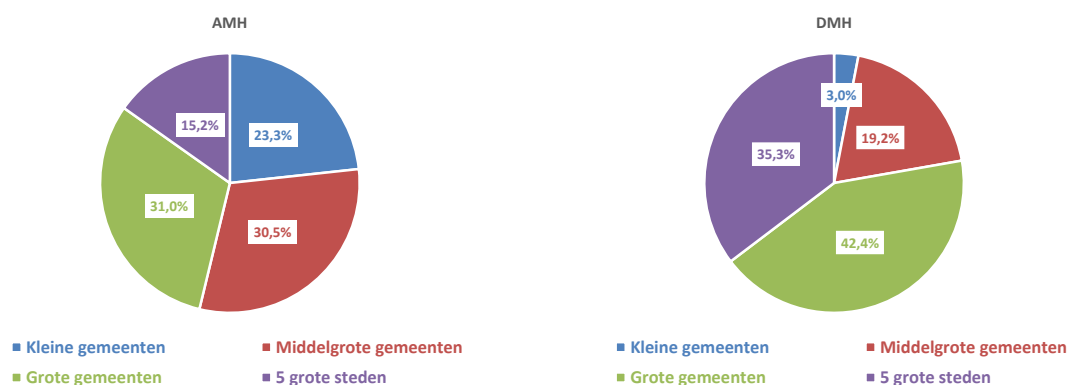
De begunstigden van andere medische hulp doen verhoudingsgewijs vaker een beroep op hospitalisatiekosten dan de begunstigden van dringende medische hulp.

Hoewel er weinig verschil is in de verdeling van de kosten naar geslacht en leeftijd onder de begunstigden van de DMH, is te zien dat mannen, met uitzondering van de leeftijdsgroep 18-24 jaar, meer vertegenwoordigd zijn dan vrouwen in de hospitalisatiekosten.

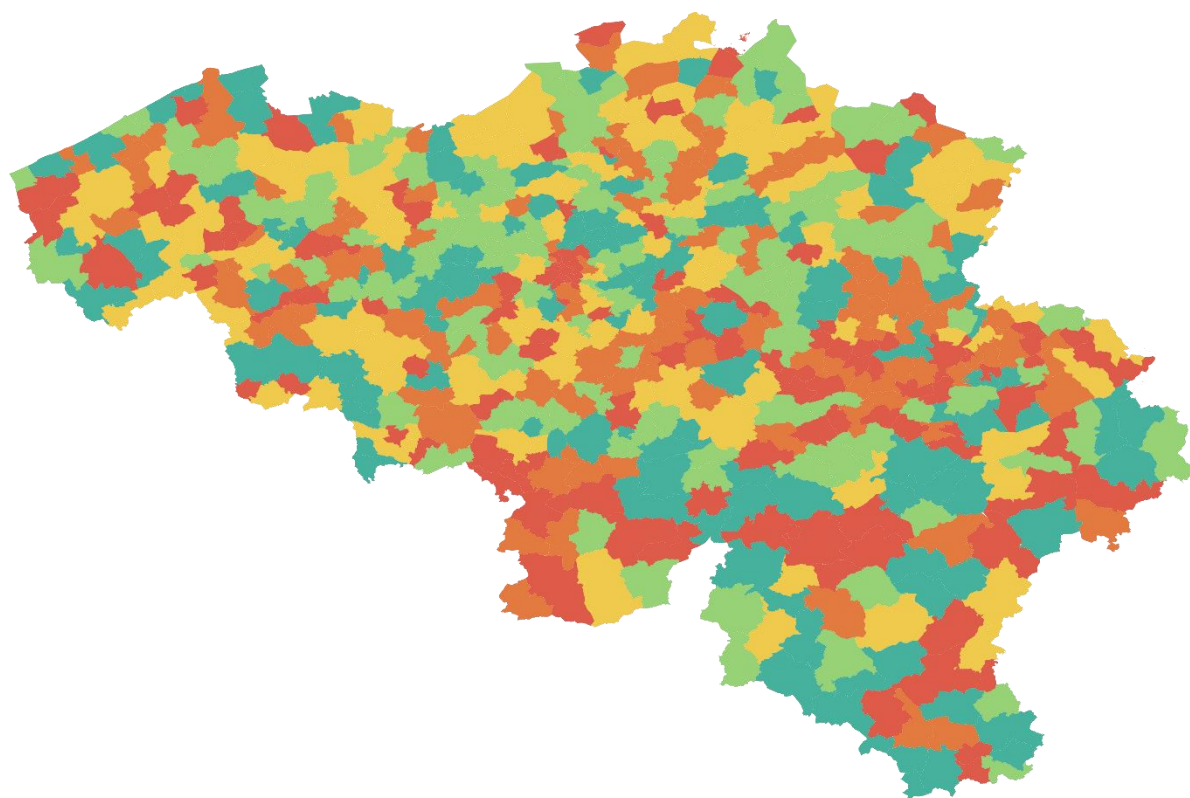


## Geografische verdeling

In tegenstelling tot begunstigen van andere medische hulp waren begunstigen van dringende medische hulp in 2020 voornamelijk aanwezig in de vijf grote steden en grote gemeenten.

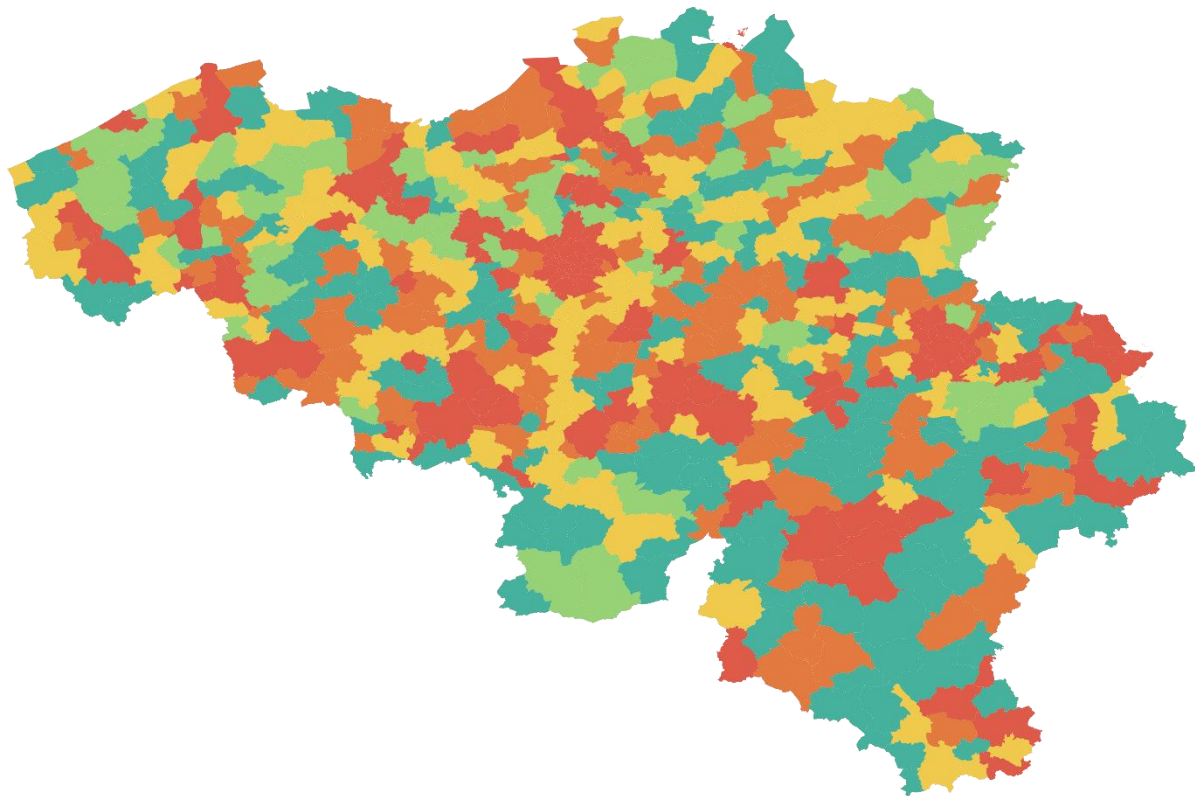


**AMH voor 1.000 inwoners – verdeling van de gemeenten volgens de kwintielen van begunstigen (2020).**



- uitgesproken onder de mediaan (van 0,00 ‰ tot 0,18 ‰)
- onder de mediaan (van 0,18 ‰ tot 0,41 ‰)
- rond de mediaan (van 0,41 ‰ tot 0,71 ‰)
- boven de mediaan (van 0,71 ‰ tot 1,11 ‰)
- uitgesproken boven de mediaan (van 1,11 ‰ tot 16,69 ‰)

*DMH voor 1.000 inwoners – verdeling van de gemeenten volgens de kwintielen van begunstigden (2020).*



- uitgesproken onder de mediaan (van 0,00 ‰ tot 0,00 ‰)
- onder de mediaan (van 0,00 ‰ tot 0,12 ‰)
- rond de mediaan (van 0,12 ‰ tot 0,26 ‰)
- boven de mediaan (van 0,26 ‰ tot 0,54 ‰)
- uitgesproken boven de mediaan (van 0,54 ‰ tot 22,49 ‰)



## Meer cijfers?

In deze focus worden slechts enkele kerncijfers besproken in verband met de door de POD MI gefinancierde maatregelen. U vindt ook andere interessante cijfers per gewest, provincie, arrondissement en gemeente en volgens leeftijd, geslacht, nationaliteit, categorie of statuut op:

- de [Barometer voor maatschappelijke integratie](#): u kan hier interactief en visueel de statistieken raadplegen over maatschappelijke integratie en er de grafieken en gegevenstabellen downloaden.
- Onze [internetsite](#): u vindt hier onze andere statistische publicaties.

## Bijkomende inlichtingen?

Indien u meer informatie wenst, gelieve contact op te nemen met de dienst Communicatie op het volgende nummer: 02/508.85.85 of via onze website: <http://www.mi-is.be/nl/contact>

## Bronvermelding

POD MI - Maatschappelijke integratie